ANALISIS PERBEDAAN BEBAN KERJA PERAWAT PELAKSANA BERDASARKAN KARAKTERISTIK, JENIS RUANG PERAWATAN DAN PENGATURAN SHIFT DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT IBNU SINA YW-UMI MAKASSAR TAHUN 2013

ANALYSIS OF DIFFERENCES IN NURSE WORKLOAD BASED ON CHARACTERISTICS, TYPE OF TREATMENT ROOMS AND SETTINGS SHIFT IN THE INPATIENT HOSPITAL IBNU SINA MAKASSAR IN 2013

TUTIK AGUSTINI

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

ANALISIS PERBEDAAN BEBAN KERJA PERAWAT PELAKSANA BERDASARKAN KARAKTERISTIK, JENIS RUANG PERAWATAN DAN PENGATURAN SHIFT DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT IBNU SINA YW-UMI MAKASSAR TAHUN 2013

TESIS

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Magister Ilmu Keperawatan

Disusun dan diajukan Oleh:

TUTIK AGUSTINI

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013

TESIS

ANALISIS PERBEDAAN BEBAN KERJA PERAWAT PELAKSANA BERDASARKAN KARAKTERISTIK, JENIS RUANG PERAWATAN DAN PENGATURAN SHIFT DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT IBNU SINA YW-UMI MAKASSAR TAHUN 2013

Disusun dan diajukan oleh

TUTIK AGUSTINI
Nomor Pokok P4200210027

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 30 Juli 2013
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui,

Komisi Penasehat

Prof. Dr. Abd. Rahman Kadir, M.Si	**Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes**
Ketua	**Anggota**

Mengetahui.
Ketua Program Studi,
Ilmu Keperawatan

Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin,

Prof. Dr. Ir. Mursalim

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama	:	Tutik Agustini
Nomor Mahasiswa	:	P4200210027
Program Studi	:	Magister Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 23 Juli 2013

Yang menyatakan,

Tutik Agustini

PRAKATA

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulisan tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Selama penulisan tesis ini penulis tidak terlepas dari berbagai hambatan, namun berkat bimbingan, bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak baik secara moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu dengan kerendahan hati, perkenankan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Mursalim, M.Sc, selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, yang telah memberi semangat dorongan sehingga terwujudnya tesis ini.
3. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FK Unhas dan selaku Anggota Komisi Penasehat yang telah memberikan ilmunya, meluangkan waktunya memberikan bimbingan, arahan, koreksi dan saran sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
4. Prof. Dr. Abd.Rahman Kadir, SE. M.Si, selaku Ketua Komisi Penasihat yang telah memberikan ilmunya dan meluangkan waktunya

memberikan bimbingan, koreksi dan saran sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

5. Dr. Cahyono Kaelan, Ph.D, Sp(K)Sp.S Wadir Pendidikan dan SDM RS Ibnu Sina YW-UMI dan tim penguji yang telah memberikan izin penelitian, senantiasa meluangkan waktunya dalam memberikan masukan bagi penulisan tesis ini.
6. Dr. Werna Nontji, S.Kp, M. Kep. dan Dr. Elly L. Sjattar, S. Kp, M. Kes. selaku tim penguji yang senantiasa meluangkan waktunya dalam memberikan arahan serta masukan sehingga peneliti dapat menyusun tesis ini.
7. Prof. Masrurah Mokhtar, MA selaku rektor beserta civitas akademika UMI yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan.
8. Prof. dr. A. Husni Tanra, PhD selaku Direktur rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
9. Besse Sariwanti, S.Kep. selaku Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Ruangan dan perawat pelaksana selaku resonden diruang rawat inap yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya selama penelitian di RS Ibnu Sina YW-UMI Makassar.
10. Seluruh dosen pengajar dan staf pada Program Pascasarjana Unhas yang telah membantu kelancaran dalam penyelesaian tesis ini.

11. Brajakson Siokal, S.Kep,Ns, dan Sudarman, S.Kep,Ns selaku observer, Maryunis, S.Kep,Ns, M.Kes beserta dosen dan staf akademik di PSIK-FKM UMI atas partisipasi dan dukungannya dalam menyelesaikan tesis ini.
12. Kepada Ayahanda H. Sukimin (alm) dan Bunda Hj. Ngatini, terima kasih atas cinta kasih dan pengorbanan yang tiada terhingga.
13. Kepada Suamiku Akhmad Zaki Yamani, ST, MMT dan anak-anakku (Risqi Aulia Akhmad, Risqi Annisa Akhmad) atas cinta, dukungan, dan pengertiannya selama penulis mengikuti proses pendidikan.
14. Kepada teman-temanku angkatan Pertama PSMIK: Ibu Tetty,Fatimah, Rahma, Tiwi, Elly Paturungi dan lainnya yang tidak sempat disebutkan satu persatu, terima kasih atas dukungan yang tak terhingga baik selama proses perkuliahan hingga proses penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari akan berbagai keterbatasan dan kekurangan dalam penyusunan tesis ini, oleh sebab itu segala kritikan dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan tesis ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Wassalam.

Makassar, 23 Juli 2013

Penulis

Tutik Agustini

ABSTRAK

TUTIK AGUSTINI. *Analisis Perbedaan Beban Kerja Perawat Pelaksana Berdasarkan Karakteristik,Jenis Ruang Perawatan, dan Pengaturan Shift di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar 2013* (dibimbing oleh Abd. Rahman Kadir dan Aryanti Saleh).

Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan karakteristik, jenis ruang perawatan, dan pengaturan shift dengan beban kerja perawat pelaksana di ruang Rawat Inap Rumah Sakit Ibnu Sina YW-UIVH Makassar.

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional melalui pendekatan *cross sectional study* terhadap 37 responden *(Purposive Sampling).* Pengumpulan data dilakukan melalui lembar observasi dan data yang diperoleh dianalisis statistik melalui uji *Mann Whitney,* uji *Kruskal Wallis,* dan uji *Repeated Anova.*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan beban kerja perawat pelaksana berdasarkan jenis ruangan (p = 0,002) dan pengaturan shift (p = 0,000). Tidak ada perbedaan beban kerja perawat pelaksana berdasarkan umur (p = 0,205), jenis kelamin (p = 0,779), lama kerja (p = 0,528), dan pendidikan (p = 0,678).

Kata kunci: beban kerja, karakteristik, jenis ruangan, pengaturan *shift.*

ABSTRACT

TUTIK AGUSTINI. *Analysis of Differences on Nurse Workloads Based on Characteristics, Type of Treatment rooms, and Shifts Arrangement at Inpatients Rooms of Ibnu Sina Hospital of YW-UMI Makassar, 2013* (supervised by **Abd. Rahman Kadir** and **Ariyanti Saleh**).

The purpose of this study is to analyze the characteristic relationship between treatment room type, and shift arrangement with workloads of nurses at inpatient rooms of Ibnu Sina YW-UMI Hospital Makassar.

The method used in this study was an observational approach through a cross sectional study of 37 respondents (purposive sampling). The data were collected through observation sheet and they were statistically analyzed with Mann Whitney test, Kruskal-Wallis test and Repeated ANOVA test.

The results indicate that there are differences of nurse workloads based on the types of rooms (p = 0.002) and shift arrangement (p = 0.000). There is no differences of nurses' workloads based on age (p = 0.205), gender (p= 0.779). duration of working (p=0.528), and education (p=0.678).

Keywords: Workload, Characteristics, type of room, shift

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL..... i

HALAMAN PENGAJUAN..... ii

HALAMAN PENGESAHAN..... iii

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS..... iv

PRAKATA..... v

ABSTRAK INDONESIA..... ix

ABSTRAK INGGRIS..... x

DAFTAR ISI..... xi

DAFTAR TABEL..... xiv

DAFTAR GAMBAR..... xv

DAFTAR LAMPIRAN..... xvi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah 5

C. Tujuan Penelitian 6

D. Manfaat Penelitian 7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Perawat 8

1. Definisi 8

2. Peran dan Fungsi Perawat 8

B. Tinjauan tentang Beban Kerja 20

1. Pengertian 20

2. Jenis-jenis Beban Kerja 24

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Beban Kerja 25

4. Dampak Beban Kerja 26

5. Instrumen untuk menghitung beban kerja..... 27

6. Sosialisasi dalam pengumpulan 30

C. Tinjauan tentang Manajemen Asuhan Keperawatan 32

D. Tinjauan tentang Jumlah Tenaga 39

E. Tinjauan tentang Tingkat Ketergantungan..... 41

F. Kerangka Teori Penelitian. 43

G. Penelitian Terkait 44

BAB III KERANGKA KONSEP, VARIABEL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konsep 49

B. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional 49

C. Hipotesis Penelitian..... 53

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian 54

B. Lokasi dan Waktu Penelitian 54

C. Populasi, Sampel dan *Sampling*..... 54

D. Instrumen Penelitian 56

E. Alur Penelitian 57

F. Pengolahan Data..... 60

G. Analisa Data..... 60

H. Pertimbangan Etik..... 61

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian..... 64

B. Pembahasan 74

C. Keterbatasan Penelitian 91

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan..... 93

B. Saran 93

DAFTAR PUSTAKA 95

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
1.	Jumlah tenaga keperawatan pada suatu ruangan	39
2.	Penelitian terkait analisis beban kerja perawat di ruang rawat inap rumah sakit	44
3.	Distribusi responden berdasarkan karakteristik perawat di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar tahun 2013	65
4.	Distribusi responden berdasarkan beban kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar tahun 2013	66
5.	Distribusi responden berdasarkan beban kerja perawat per shift di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW- UMI Makassar tahun 2013	67
6.	Perbedaan beban kerja perawat pelaksana berdasarkan umur di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar tahun 2013	68
7.	Perbedaan beban kerja perawat pelaksana berdasarkan jenis kelamin di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar tahun 2013	69
8.	Perbedaan beban kerja perawat pelaksana berdasarkan pendidikan di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar tahun 2013	70
9.	Perbedaan beban kerja perawat pelaksana berdasarkan lama kerja di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar tahun 2013	71
10.	Perbedaan beban kerja perawat pelaksana berdasarkan ruangan di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar tahun 2013	72
11.	Perbedaan beban kerja perawat pelaksana berdasarkan pengaturan shift di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar tahun 2013	73

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
1.	Kerangka Teori penelitian	43
2.	Kerangka Konsep Penelitian	49
3.	Alur Penelitian	57

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor

1. Permohonan Ijin Penelitian
2. Ijin Penelitian dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran
3. Ijin Penelitian dari Rumah Sakit
4. Penjelasan Penelitian
5. Persetujuan Menjadi Responden Penelitian
6. Format *Work Sampling*
7. Master Tabel Penelitian
8. Hasil Uji Statistik
9. Perhitungan tenaga Keperawatan
10. Dokumentasi Penelitian

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit sebagai salah satu unit pelayanan kesehatan bertanggung jawab memberikan pelayanan yang bermutu, berhasil guna, dan berdaya guna sesuai dengan standar untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasaan rata-rata penduduk, serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Azwar, 1996).

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Perawat sebagai pemberi jasa keperawatan merupakan ujung tombak pelayanan di rumah sakit, perawat berada dalam 24 jam memberikan asuhan keperawatan. Tanggung jawab yang demikian berat belum ditunjang dengan sumber daya manusia yang memadai, sehingga kinerja perawat sering menjadi sorotan baik profesi lain maupun pasien atau keluarga (Samsualam, 2008). Dengan demikian pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan perlu meningkatkan kualitas layanan karena selama 24 jam dan 7 hari dalam seminggu memberikan pelayanan secara terus menerus dalam bentuk asuhan keperawatan (Swansburg, 2000). Sedangkan perawat adalah profesi yang mengkhususkan diri pada upaya penanganan perawatan pasien atau memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan tuntutan kerja

yang bervariasi, tergantung pada karakteristik-karakteristik tertentu dalam melaksanakan pekerjaannya. Selain itu, perawat juga sering dibebani oleh tugas tambahan lain dan sering melakukan kegiatan yang bukan fungsinya, misalnya menangani administrasi, mengantar bahan pemeriksaan laboratorium, membersihkan ruangan/kamar pasien, mengurusi keuangan dan lainnya (Manuaba, 2000). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Depkes RI dan Universitas Indonesia (2005) dalam Prihartini (2008) bahwa terdapat 78 % perawat melaksanakan tugas kebersihan, 63,6 % perawat melakukan tugas administrasi dan lebih dari 90 % perawat melakukan tugas non keperawatan misalnya menetapkan diagnosis penyakit, menulis resep dan melakukan tindakan pengobatan, dan hanya 50 % perawat yang melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan fungsinya. Oleh karena itu, beban kerja perawat sering menjadi lebih tinggi dari waktu yang seharusnya.

Setiap upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan harus disertai dengan peningkatan mutu pelayanan keperawatan, sedangkan upaya yang sangat penting dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan adalah tersedianya tenaga keperawatan dalam jumlah yang cukup sesuai dengan kebutuhan pelayanan sehingga pelayanan menjadi berkualitas dan pada akhirnya dapat memberikan kepuasan pada customer (Awalia, 2009).

Salah satu masalah yang dihadapi dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit berkaitan dengan beban kerja

perawat yang cukup tinggi. Beban kerja perawat adalah menghitung aktivitas kerja perawat dan ketergantungan klien pada pelayanan keperawatan. Beban kerja merupakan rangkaian dari banyaknya kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien baik secara langsung maupun tidak langsung dalam waktu tertentu (Huber, 2000). Oleh sebab itu, perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan pada pasien harus benar-benar dikelola dengan baik karena sangat menentukan mutu dan citra pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dalam memberikan pelayanan keperawatan beban kerja merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kemampuan perawat karena beban kerja perawat yang tinggi berdampak terhadap kinerja perawat dimana akan terjadi penurunan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

Menurut Gillies (1994), faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja antara lain jumlah pasien yang dimasukkan ke unit tiap hari/bulan dan tahun, kondisi pasien di dalam unit, rata-rata lama pasien dirawat di unit, tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung, frekuensi masing-masing tindakan, dan rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk pelaksanaan masing-masing tindakan.

Hasil studi pendahuluan dan pengamatan yang dilakukan peneliti pada waktu mengadakan residensi bulan Maret sampai dengan bulan Juni 2012 didapatkan data: Rumah Sakit Ibnu Sina YW-UMI adalah rumah sakit milik swasta yang memiliki kapasitas 185 tempat tidur dengan

Indikator pencapaian kinerja pada akhir tahun 2011 yaitu *Bed Occupancy Rate* (BOR) 65,68 % dan *Lengs Off Stay* (LOS) 5 hari. Dengan jumlah perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap berjumlah 115 orang dari jumlah total tenaga perawat 167 orang yang bekerja di rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar (RS Ibnu Sina YW-UMI Makassar tahun 2011). Selain itu, hasil wawancara dan pengamatan residensi mengatakan bahwa beban kerja perawat cukup tinggi hal ini dapat dilihat banyak pekerjaan tambahan seperti kepala ruangan mengantar pasien atau pemeriksaan CT-Scan ke rumah sakit yang lain.

Berdasarkan hasil pengamatan langsung yang dilakukan oleh peneliti selama residensi didapatkan bahwa sebagian besar perawat di ruang rawat inap mengalami kelebihan beban kerja karena jumlah perawat yang bertugas di ruang tersebut jumlahnya kurang bila dihitung sesuai dengan jumlah pasien yang harus dilayani dan hal ini juga dikeluhkan langsung oleh perawat pelaksana. Bila beban kerja perawat tidak menjadi perhatian dari pihak manajemen rumah sakit dapat berdampak pada menurunnya kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan akan mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan. Berdasarkan masalah yang diperoleh maka peneliti tertarik untuk menganalisis beban kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar .

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan kajian masalah yang diuraikan pada latar belakang, maka rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Apakah ada perbedaan beban kerja berdasarkan umur perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar?
2. Apakah ada perbedaan beban kerja berdasarkan jenis kelamin perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar?
3. Apakah ada perbedaan beban kerja berdasarkan tingkat pendidikan perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar?
4. Apakah ada perbedaan beban kerja berdasarkan masa kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar?
5. Apakah ada perbedaan beban kerja berdasarkan ruang perawatan (Lt. 3 As Siffa-As Saffi, Lt. 4 Buchari Muslim, dan Lt. 5 Raodah dan Madinah) perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar?
6. Apakah ada perbedaan beban kerja berdasarkan pengaturan shift perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Menganalisis perbedaan beban kerja perawat pelaksana berdasarkan karakteristik, jenis ruang perawatan dan pengaturan shift di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar.

2. Tujuan Khusus

a. Mengetahui perbedaan beban kerja berdasarkan umur perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar.

b. Mengetahui perbedaan beban kerja berdasarkan jenis kelamin perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar.

c. Mengetahui perbedaan beban kerja berdasarkan tingkat pendidikan perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar.

d. Mengetahui perbedaan beban kerja berdasarkan masa kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar.

e. Mengetahui perbedaan beban kerja berdasarkan ruang perawatan (Lt. 3 As Siffa - As Saffi, Lt. 4 Buchari Muslim, dan Lt. 5 Raodah-Madinah) perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar.

f. Mengetahui perbedaan beban kerja berdasarkan pengaturan shift perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi pihak Rumah Sakit

Penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi pihak manajemen rumah sakit sehingga dapat lebih meningkatkan produktivitas rumah sakit terkait kinerja perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien di rumah sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar.

2. Bagi tenaga Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi untuk memperkaya khazanah ilmu pengetahuan di bidang keperawatan khususnya mengenai analisis beban kerja perawat pelaksana.

3. Pengembangan Ilmu

Penelitian ini dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan terutama yang berkaitan dengan beban kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap.

4. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menjadi pengalaman yang berharga dalam menambah wawasan dan pengetahuan tentang analisis beban kerja perawat pelaksana.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Perawat

1. Definisi

Perawat atau *Nurse* berasal dari bahasa latin yaitu dari kata ‘Nutrix’ yang berarti merawat atau memelihara. Menurut Depkes RI (2007), perawat adalah seorang yang telah dipersiapkan melalui pendidikan untuk turut serta merawat dan menyembuhkan orang yang sakit, usaha rehabilitasi, pencegahan penyakit, yang dilaksanakannya sendiri atau dibawah pengawasan dan supervise dokter atau kepala. Lokakarya Keperawatan Nasional dalam Hidayat (2004), mendefinisikan keperawatan sebagai bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus kehidupan manusia.

2. Peran dan fungsi perawat

Perawat memiliki sejumlah peran di dalam menjalankan tugasnya sebagai tenaga kesehatan sesuai dengan hak dan kewenangan yang ada. Peran perawat yang utama adalah sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti.

a. Pelaksana layanan keperawatan (*care provider*)

Perawat memberikan layanan berupa asuhan keperawatan secara langsung kepada klien (individu, keluarga, maupun komunitas) sesuai dengan kewenangannya. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan untuk dapat melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri. Asuhan keperawatan diberikan di semua tatanan layanan kesehatan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi oleh etik dan etika keperawatan, serta berada dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab keperawatan. Dalam perannya sebagai *care provider*, perawat bertugas untuk:

1) Memberi kenyamanan dan rasa aman bagi klien.
2) Melindungi hak dan kewajiban klien agar tetap terlaksana dengan seimbang.
3) Memfasilitasi klien dengan anggota tim kesehatan lainnya.
4) Berusaha mengembalikan kesehatan klien

Peran sebagai *care provider* merupakan peran yang sangat penting diantara peran-peran yang lain (bukan berarti peran yang lain tidak penting). Baik/tidaknya kualitas layanan profesi keperawatan dirasakan langsung oleh klien. Keperawatan sebagai profesi yang professional bukan hanya dibuktikan dengan jenjang

pendidikan yang tinggi, namun harus diwujudkan ke dalam aktivitas pelayanan nyata kepada klien agar klien mendapatkan kepuasan. Langkah ini sangat efektif dan murah dalam membentuk citra perawat yang baik dengan pembuktian nyata berupa layanan keperawatan professional kepada klien.

b. Pengelola (*manager*)

Perawat mempunyai peran dan tanggung jawab dalam mengelola layanan keperawatan di semua tatanan layanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dan sebagainya) maupun tatanan pendidikan yang berada dalam tanggung jawabnya sesuai dengan konsep manajemen keperawatan. Manajemen keperawatan dapat diartikan sebagai proses pelaksanaan layanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan dalam memberi asuhan keperawatan, pengobatan, dan rasa aman kepada pasien/keluarga/masyarakat (Gillies, 1989), dengan demikian perawat telah menjalankan fungsi manajerial keperawatan meliputi:

1) Perencanaan (*planning*). Fungsi perencanaan meliputi beberapa tugas, diantaranya mengenali masalah, menetapkan dan mengkhususkan tujuan jangka panjang dan jangka pendek, mengembangkan tujuan, dan terakhir menguraikan bagaimana tujuan dan sasaran tersebut dapat dicapai.
2) Pengorganisasian (*organizing*). Fungsi ini meliputi proses mengatur dan mengalokasikan pekerjaan, wewenang, serta

sumber daya keperawatan sehingga tujuan keperawatan dapat di capai.

3) Gerak aksi (*actuating*). Dalam melaksanakan fungsi *actuating*, seorang manajer keperawatan harus mampu menetapkan dan memuaskan kebutuhan manusiawi para staf keperawatan, memberi penghargaan, memimpin, mengembangkan, serta memberi kompensasi kepada mereka.

4) Pengelolaan staf (*staffing*). Fungsi *staffing* mencakup memperoleh, menempatkan, dan mempertahankan anggota/staf pada posisi yang dibutuhkan dalam pekerjaan keperawatan.

5) Pengarahan (*directing*). Seorang manajer keperawatan harus mampu memberikan arahan kepada staf keperawatan sehingga mereka menjadi perawat yang berpengetahuan dan mampu bekerja secara efektif guna mencapai sasaran yang telah ditetapkan.

6) Pengendalian (*controlling)*. Fungsi ini melihat apakah kegiatan dilaksanakan oleh staf keperawatan telah berjalan sesuai dengan rencana.

c. Pendidik dalam keperawatan

Sebagai pendidik, perawat terus memberikan pendidikan kesehatan kepada klien, dalam hal ini individu, keluarga, serta masyarakat, sebagai upaya menciptakan perilaku

individu/masyarakat yang kondusif bagi kesehatan. Peran perawat sebagai pendidik tidak hanya ditujukan untuk klien, tetapi juga tenaga keperawatan lain. Peran ini dapat dilaksanakan di institusi pendidikan keperawatan maupun institusi layanan kesehatan. Upaya ini dilakukan untuk memberi pemahaman yang benar tentang keperawatan agar tercipta kesamaan pandangan dan gerak bersama diantara perawat dalam meningkatkan profesionalisme. Untuk dapat melaksanakan peran sebagai pendidik harus memiliki kemampuan berupa wawasan ilmu pengetahuan yang luas, kemampuan berkomunikasi, pemahaman psikologis, dan kemampuan menjadi model/contoh dalam perilaku professional.

d. Peneliti dan pengembang ilmu keperawatan

Sebagai sebuah profesi dan cabang ilmu pengetahuan, keperawatan harus terus melakukan upaya untuk mengembangkan dirinya, salah satunya melalui upaya riset. Riset keperawatan akan menambah dasar pengetahuan ilmiah keperawatan dan meningkatkan praktik keperawatan bagi klien. Dengan demikian berbagai tantangan atau persoalan dan pertanyaan seputar keperawatan harus mampu dijawab dan diselesaikan dengan baik.

Beberapa hal yang harus dijadikan prinsip oleh perawat ketika memberi layanan kepada klien :

1) Perawat harus memiliki kepedulian kepada klien yang ditunjukkan dengan tindakan yang sesegera dan tepat dalam menanggapi keluhan klien.
2) Perawat harus mempunyai keyakinan bahwa senyum merupakan suatu kiat dalam memberikan asuhan keperawatan guna meningkatkan rasa nyaman klien.
3) Sentuhan perawat sangat berarti dalam menenangkan dan meningkatkan kenyamanan klien sehingga dapat mempercepat penyembuhannya.
4) Perawat berkeyakinan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan adalah untuk menolong klien.
5) Perawat meyakini bahwa orang lain memiliki hasrat/kemauan serta kemampuan untuk meningkatkan status kesehatannya.
6) Perawat dalam melaksanakan pekerjaannya harus menjaga dan memelihara kepercayaan klien dengan cara terus-menerus meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.
7) Perawat harus memiliki kepercayaan diri dalam menjalankan profesinya.
8) Perawat harus selalu belajar dan meningkatkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan professional melalui asuhan keperawatan yang diberikan.

9) Perawat harus memperlihatkan rasa hormat dan penghargaan kepada orang lain dengan menjaga kepercayaan dan rahasia klien.
10) Perawat harus mau menjadi pendengar yang baik ketika klien berbicara atau mengeluh.
11) Perawat melakukan pengkajian dan intervensi keperawatan dengan didasarkan atas pengetahuan yang ia miliki.
12) Perawat dapat menerima, merasakan, dan memahami perasaan klien, baik perasaan duka, senang, frustasi, maupun perasaan puas klien.
13) Perawat harus menerima diri sendiri sebelum dapat menerima orang lain.
14) Perawat meyakini bahwa komunikasi yang baik (terapeutik) dapat membuat klien merasa nyaman sehingga akan membantu penyembuhan.

Model Praktik Keperawatan Profesional merupakan penataan struktur dan proses system berian asuhan keperawatan pada tingkat ruang rawat sehingga memungkinkan pemberian asuhan keperawatan profesional (Sitorus, 2011). Pada MPKP tugas dan tanggung jawab di dalam melaksanakan asuhan keperawatan dibedakan atas tugas dan tanggung jawab Kepala ruangan, *Clinical Care Manager* (CCM), PP, dan PA.

1) Kepala ruangan

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula, kepala ruangan adalah perawat dengan kemampuan D III Keperawatan dengan pengalaman dan padan MPKP tingkat I adalah perawat dengan kemampuan SKp/Ners dengan pengalaman. Kepala ruangan bertugas sesuai jam kerja yaitu dinas pagi.

Tugas dan tanggung jawab kepala ruang rawat adalah:

a) Mengatur pembagian tugas jaga perawat (jadwal dinas).
b) Mengatur dan mengendalikan kebersihan dan ketertiban ruangan.
c) Mengadakan diskusi dengan staf untuk memecahkan masalah ruangan.
d) Memonitor kegiatan PP dan PA sesuai jadwal kegiatan.
e) Mengorientasikan pegawai baru, residen, mahasiswa kedokteran, dan mahasiswa keperawatan yang akan melakukan praktek di ruangan.
f) Melakukan kegiatan administrasi dan surat menyurat.
g) Bekerjasama dengan CCM (pembimbing klinik) membimbing siswa/mahasiswa dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan, dengan mengikuti sistem MPKP.
h) Menciptakan dan memelihara hubungan kerja yang harmonis dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain, antara lain Karu bersama CCM dan PP mengingatkan kembali pasien dan keluarga tentang perawat/tim yang

bertanggung jawab terhadap mereka diruangan yang bersangkutan.

i) Mencek kelengkapan persediaan status keperawatan minimal 5 (lima) set setiap hari.

j) Bersama CCM melaksanakan pembinaan terhadap PP dan PA dalam hal penerapan MPKP termasuk sikap tingkah laku professional.

k) Bila PP cuti, tugas dan tanggung jawab PP tersebut diambil alih oleh karu/CCM dan dapat dilegasikan kepada PA senior (wakil PP pemula yang ditunjuk) tetapi tetap dibawah pengawasan kepala ruangan.

l) Merencanakan dan memfasilitasi ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan di ruangan.

m) Bersama CCM memonitor dan mengevaluasi penampilan kerja semua tenaga yang ada di ruangan dan membuat DP3 dan usulan kenaikan pangkat.

n) Melakukan pertemuan rutin dengan semua perawat setiap bulan untuk membahas kebutuhan di ruangan.

o) Bersama CCM merencanakan dan melaksanakan evaluasi mutu asuhan keperawatan.

2) *Clinical Care Manager* (CCM)

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula CCM adalah SKp/Ners dengan pengalaman dan pada MPKP tingkat I

adalah seorang Ners Spesialis. Pada MPKP tingkat II, jumlah Ners Spesialis lebih dari satu orang tetapi disesuaikan dengan kekhususan sesuai kasus yang ada. CCM bertugas sesuai jam kerja yaitu dinas pagi.

Tugas dan tanggung jawab CCM adalah:

a) Melakukan bimbingan dan evaluasi tentang implementasi MPKP (ronde keperawatan).
b) Memberi masukan pada diskusi kasus yang dilakukan PP dan PA.
c) Mempresentasikan isu-isu baru terkait dengan asuhan keperawatan.
d) Mengidentifikasi *evidence* yang memerlukan pembuktian.
e) Mengidentifikasi masalah penelitian, merancang usulan dan melakukan penelitian.
f) Menerapkan hasil-hasil penelitian dalam member asuhan keperawatan.
g) Bekerja sama dengan kepala ruangan dalam hal: melakukan evaluasi tentang mutu asuhan keperawatan, mengkoordinasikan, mengarahkan dan mengevaluasi mahasiswa praktek, dan membahas dan mengevaluasi tentang penerapan MPKP.
h) Mengevaluasi pendidikan kesehatan yang dilakukan PP dan memberi masukan untuk perbaikan.

i) Merancang pertemuan ilmiah untuk membahas hasil evaluasi/penelitian tentang asuhan keperawatan.

3) Perawat Primer (PP)

PP pemula adalah perawat dengan kemampuan D III Keperawatan dengan pengalaman dan pada MPKP tingkat I adalah perawat dengan kemampuan SKp/Ners. PP dapat bertugas pada pagi, sore atau malam hari, namun sebaiknya PP hanya bertugas pada pagi atau sore saja karena bila bertugas pada malam hari, PP akan libur beberapa hari sehingga sulit menilai perkembangan pasien.

Tugas dan tanggung jawab PP adalah sebagai berikut:

a) Melakukan kontrak dengan pasien dan keluarga pada awal masuk ruangan.
b) Melakukan pengkajian terhadap pasien baru atau melengkapi pengkajian yang sudah dilakukan PP pada sore, malam atau hari libur.
c) Menetapkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan analisis standar renpra sesuai dengan hasil pengkajian.
d) Menjelaskan renpra yang sudah ditetapkan, kepada PA dibawah tanggung jawabnya sesuai pasien yang dirawat (*pre conference*).
e) Menetapkan PA yang bertanggung jawab pada setiap

4) Perawat Asosiet (PA)

Kemampuan PA pada MPKP pemula atau MPKP tingkat I, sebaiknya perawat dengan kemampuan D III Keperawatan.

Tugas dan tanggung jawab PA adalah sebagai berikut:

a) Membaca renpra yang telah ditetapkan PP dan meminta bimbingan kepada PP, bila ada hal yang belum jelas.
b) Membina hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga sebagai lanjutan kontrak yang sudah dilakukan PP.
c) Menerima pasien baru (kontrak) dan memberikan informasi berdasarkan format orientasi pasien dan keluarga jika PP tidak ada ditempat.
d) Melakukan tindakan keperawatan pada pasiennya berdasarkan renpra.
e) Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan dan mendokumentasikannya pada format yang tersedia.
f) Mengikuti visit dokter bila PP tidak di tempat.
g) Mengecek kerapihan dan kelengkapan status keperawatan.
h) Membuat laporan pergantian dinas dan setelah selesai diparaf.
i) Mengkomunikasikan kepada PP/Pj dinas bila menemukan masalah yang perlu diselesaikan.
j) Menyiapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostik, laboratorium, pengobatan, dan tindakan.

k) Berperan serta dalam penkes pada pasien dan keluarga yang dilakukan PP.

l) Melakukan inventarisasi fasilitas yang terkait dengan timnya.

m) Membantu tim lain yang membutuhkan.

n) Memberikan resep dan menerima obat dari keluarga pasien yang menjadi tanggung jawabnya dengan berkoordinasi dengan PP.

Tugas dan tanggung jawab pembantu keperawatan adalah:

a) Membersihkan ruangan dan meja pasien

b) Menyediakan alat-alat yang diperlukan untuk tindakan keperawatan atau kedokteran.

c) Membantu perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

d) Membersihkan alat-alat yang telah digunakan.

e) Mengurus pemberangkatan dan pemulangan pasien konsul.

f) Mengantar urinal dan pispot ke dan dari pasien.

B. Tinjauan tentang Beban Kerja

1. Pengertian Beban Kerja

Beban kerja perawat menurut Hubber (2000) adalah pengukuran dari aktifitas kerja perawat dan ketergantungan klien terhadap asuhan keperawatan . Menurut Kirby dan Wiczai (1985)

dalam Huber (2000), beban kerja perawat di rumah sakit terkait dengan dua fungsi variabel, yaitu jumlah harian klien dan waktu asuhan keperawatan setiap klien per hari.

Beban kerja adalah frekuensi kegiatan rata-rata dari masing-masing jenis pekerjaan dalam jangka waktu tertentu. Moenir (1995), mengungkapkan bahwa beban kerja berasal dari kata “beban” yang mengandung arti” barang yang dipikul” dan kata “kerja” yang berarti perbuatan melakukan suatu pekerjaan atau sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam melakukan suatu pekerjaan merupakan bagian dari tanggung jawab dan harus dikerjakan.

Pengertian beban kerja menurut Hasibuan (2003) adalah upaya merinci komponen dan target volume pekerjaan dalam satuan waktu dan satuan hasil tertentu. Beban kerja tenaga keperawatan harus mampu diprediksi dan diketahui dengan tepat oleh pimpinan atau manajer keperawatan dan perawat pelaksana dalam melaksanakan tindakan keperawatan sebagai upaya meningkatkan efektivitas dalam penyusunan tenaga keperawatan yaitu dengan memperbaiki keseimbangan antara beban kerja yang akan dilaksanakan dengan jumlah personil.

Beban kerja dapat di lihat dalam dua sudut pandang, yaitu secara objektif dan subjektif. Menurut Greonewegwn dan Hutten (1991) dalam Rasjid (2006), beban kerja secara objektif adalah

keseluruhan waktu yang dipakai atau jumlah aktivitas yang termasuk dalam defenisi beban kerja sangat tergantung dari sudut pandang seseorang. Beban kerja secara subyektif adalah ukuran yang dipakai seseorang terhadap pertanyaan tentang beban kerja yang diajukan, tentang perasaan kelebihan beban kerja, ukuran dari tekanan pekerjaan dan kepuasan kerja.

Pengelolaan tenaga kerja yang tidak direncanakan dengan baik dapat menyebabkan keluhan yang subyektif, beban kerja semakin berat, tidak efektif dan tidak efisien yang memungkinkan ketidakpuasan bekerja yang pada akhirnya mengakibatkan turunnya kinerja dan produktivitas serta mutu pelayanan yang merosot (Depkes RI, 2006).

Kelebihan beban kerja (beban kerja berat) yang dirasakan oleh perawat menurut French dan Caplan (2006) meliputi:

a. Harus melaksanakan observasi pasien secara ketat selama jam kerja
b. Terlalu banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan demi kesehatan dan keselamatan pasien.
c. Beragamnya jenis pekerjaan yang harus dilakukan demi kesehatan dan keselamatan pasien.
d. Kontak langsung perawat klien secara terus menerus selama 24 jam.
e. Kurangnya tenaga perawat dibanding jumlah pasien.

f. Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan.
g. Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas.
h. Tuntutan keluarga untuk keselamatan dan kesehatan pasien.
i. Setiap saat dihadapkan pada pengambilan keputusan yang tepat.
j. Tanggung jawab yang tinggi dalam melaksanakan asuhan keperawatan klien di ruangan.
k. Menghadapi pasien dengan karakteristik tidak berdaya, koma dan kondisi terminal.
l. Setiap saat melaksanakan tugas delegasi dari dokter (memberikan obat-obatan secara intensif).
m. Tindakan untuk selalu menyelamatkan pasien.

Analisis beban kerja adalah metode paling akurat untuk peramalan jangka pendek untuk permintaan sumber daya manusia adalah dengan menggunakan sumber informasi mengenai muatan pekerjaan sesungguhnya berdasarkan analisis pekerjaan terhadap kerja yang perlu disesuaikan. Langkah pertama dari analisis beban kerja adalah mengidentifikasi seberapa besar keluaran yang hendak dicapai oleh organisasi, hal ini selanjutnya diterjemahkan ke dalam jumlah jam kerja karyawan pada setiap kategori pekerjaan yang akan diperlukan untuk mencapai tingkat keluaran tersebut (Sunarto,2003).

Analisis beban kerja adalah upaya untuk menghitung beban kerja dari satuan kerja. Dengan membagi beban kerja dengan kapasitas kerja perorangan, persatuan waktu, sehingga dapat diketahui jumlah tenaga yang diperlukan, (Awalia, 2009).

Menurut Gillies (1989), menyatakan behwa untuk menentukan beban kerja tenaga keperawatan, manajer keperawatan harus mengetahui :

a. Jumlah pasien yang masuk ke unit per hari, bulan dan tahun
b. Jumlah untuk masing-masing klasifikasi pasien.
c. Diagnose medis dan klasifikasi pasien yang dirawat.
d. Rata-rata hari perawatan untuk masing-masing tipe pasien.
e. Tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung untuk masing-masing tipe pasien.
f. Frekuensi dari masing-masing tindakan keperawatan yang harus dilakukan.
g. Waktu rata-rata untuk pelaksanaan dari tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung.

2. Jenis-jenis beban kerja

a. Beban kerja individu (*sesuai job description* dan diluar *job description*) adalah total waktu yang digunakan oleh seorang pemegang jabatan untuk menyelesaikan seluruh tugas pokok, tugas tambahan, dan tugas lain pada suatu jabatan.

b. Beban kerja jabatan (sesuai *job description*) adalah total waktu yang digunakan untuk menyelesaikan seluruh tugas pokok pada suatu jabatan.

c. Beban kerja unit (sesuai *job discription*)

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi Beban Kerja

Menurut Setyowati (1996) dalam Awalia 2009, dalam menentukan beban kerja tenaga keperawatan, khususnya di ruang rawat inap, dipengaruhi oleh beberapa hal seperti seberapa banyak pasien yang masuk atau dirawat pada satu unit setiap hari, bulan, tahun, kondisi pasien dan derajat ketergantungan pasien, pengukuran perawatan langsung atau tidak langsung yang dibutuhkan oleh masing-masing pasien, rata-rata hari perawatan, dan frekuensi tindakan keperawatan yang dibutuhkan.

Rodahl (1989) dan Manuaba (2000) menyatakan bahwa beban kerja dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

a. Faktor eksternal yaitu beban yang berasal dari luar tubuh pekerja, seperti:

   1) Tugas-tugas yang dilakukan yang bersifat fisik seperti stasiun kerja, tata ruang, tempat kerja, alat dan sarana kerja, kondisi kerja, sikap kerja, sedangkan tugas-tugas yang bersifat mental seperti kompleksitas pekerjaan, tingkat kesulitan pekerjaan, dan tanggung jawab pekerjaan.

2) Organisasi kerja seperti lamanya waktu, waktu istirahat, kerja bergilir, kerja malam, system pengupahan, model struktur organisasi, pelimpahan tugas dan wewenang.
3) Lingkungan kerja adalah lingkungan fisik, lingkungan kimiawi, lingkungan kerja biologis dan lingkungan kerja psikologis.

b. Faktor internal

Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh itu sendiri akibat dari reaksi beban kerja eksternal. Reaksi tubuh disebut Strain, berat ringannya Strain dapat dinilai baik secara obyektif maupun subyektif. Faktor internal meliputi faktor somatis (jenis kelamin, umur, ukuran tubuh, status gizi, kondisi kesehatan), faktor psikis (motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan, dan kepuasaan).

4. Dampak Beban Kerja

Beban kerja yang terlalu berlebihan akan menimbulkan kelelahan baik fisik atau mental dan reaksi-reaksi emosional seperti sakit kepala, gangguan pencernaan dan mudah marah. Sedangkan pada beban kerja yang terlalu sedikit dimana pekerjaan yang terjadi karena pengulangan gerak akan menimbulkan kebosanan, dan rasa monoton. Kebosanan dalam kerja rutin sehari-hari karena tugas atau pekerjaan yang terlalu sedikit mengakibatkan kurangnya perhatian pada pekerjaan sehingga secara potensial membahayakan pekerja.

Beban kerja yang berlebihan atau rendah dapat menimbulkan stress kerja (Manuaba, 2000).

Beban kerja menurut Gillies (1996) adalah 420 menit (7 jam) untuk shift pagi dan sore, sedangkan untuk shift malam adalah 10 jam. Ilyas (2004) waktu optimal kerja perawat adalah 80%, berarti shift pagi dan sore 5,6 jam, shift malam 8 jam. Jika perawat sudah bekerja di atas 80% waktu produktifnya, maka dapat dikatakan beban kerja perawat sudah tidak sesuai.

5. Instrumen untuk menghitung beban kerja.

a. Pembuatan instrumen penghitungan beban kerja

Beban kerja dapat diukur dengan tiga cara, yaitu *Work Sampling, Time and Motion*, dan *Aquity Estimation* (Huber, 2000). Ilyas (2004), menyatakan bahwa menghitung beban kerja personil ada tiga cara yaitu dengan *Work Sampling, Time and Motion Study,* dan *Dialy Log*. Instrument beban kerja yang dirancang terdiri dari tiga model rancangan yaitu:

1) Format penghitungan beban kerja dengan menggunakan cara *Work Sampling* (WS)

Teknik ini digunakan untuk melihat beban kerja yang dipangku oleh perawat pada suatu unit kerja (Huber, 2000). Pada WS kita dapat mengamati hal-hal yang spesifik tentang pekerjaan sebagai berikut:

a) Aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja.
b) Apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja.
c) Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif.
d) Pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu, dan *schedule* jam kerja.

Untuk mendapatkan data-data seperti yang diuraikan di atas, maka dirancang sebuah format penghitungan beban kerja dengan cara WS. Format WS terdiri dari kolom-kolom judul yaitu jam, dan jenis kegiatan. Kolom jam diisi dengan periode waktu pengamatan, periode waktu pengamatan dibatasi antara 5 sampai dengan 15 menit dengan mengisi kolom ini pengamat dapat mengetahui berapa lama waktu jam kerja sebenarnya yang digunakan perawat untuk setiap kelompok kegiatan setiap hari selama pengamatan. Pada kolom jenis kegiatan, terdiri dari jenis kegiatan keperawatan langsung, keperawatan tidak langsung, dan tindakan non keperawatan.

Gillies (1996), secara umum, ada dua cara pengukuran kegiatan perawatan langsung; berdasarkan laporan dari perawat yang memberikan perawatan atau berdasarkan hasil pengamatan oleh seorang perawat ahli terhadap kegiatan

perawat pemberi pelayanan. Oleh karena kenyataan di lapangan khususnya beberapa rumah sakit di Indonesia, masih adanya perawat yang diberi tugas diluar dari profesi keperawatan sendiri, sehingga ditambahkan kolom untuk tugas non keperawatan (Ilyas, 2004). Pada kolom kegiatan keperawatan langsung yang diisi oleh pengamat adalah seluruh tindakan perawatan yang berhubungan langsung dengan klien atau melakukan kontak langsung dengan klien. Pada kolom kegiatan perawatan tidak langsung, diisi dengan kegiatan perawatan yang tidak melakukan kontak dengan klien, misalnya perencanaan perawatan, persiapan peralatan di ruangan, *pre conference*, dan lain-lain. Sedangkan untuk tindakan non keperawatan, diisi apabila perawat melakukan kegiatan di luar kegiatan keperawatan, misalnya mencatat *billing* klien, menjemput obat ke apotik, dan lain-lain.

2) Format penghitungan beban kerja dengan menggunakan cara *Time and Motion Study*

Pada teknik ini, kita mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh perawat yang kita amati. Teknik ini bukan saja akan mendapatkan beban kerja perawat akan tetapi juga akan diketahui kualitas kerja perawat (Gillies, 1996). Menurut Huber (2000) dalam Ilyas (2004) mengatakan bahwa untuk format penghitungan beban kerja

perawat dengan cara *Time and Motion Study* (TMS) terdiri dari kolom kegiatan (perawatan langsung dan tidak langsung), jam, mulai, jam akhir, dan keterangan. Pedoman untuk kegiatan langsung dan tidak langsung sama dengan penghitungan dengan cara WS, hanya saja setiap kegiatan diamati dari mulai kegiatan berlangsung sampai dengan kegiatan tersebut berakhir.

3) Format penghitungan beban kerja dengan cara *Dialy Log*

Untuk format penghitungan beban kerja dengan cara *Dialy Log* (DL) sama dengan format penghitungan beban kerja dengan cara WS, perbedaan hanya pada personel yang melakukan pengisian format. Personel yang dipilih atau ditunjuk untuk melakukan DL adalah perawat yang sudah mempunyai pengalaman kerja minimal satu tahun di ruangan tempat DL dilaksanakan (Ilyas, 2004).

6. Sosialisasi dalam pengumpulan data

Perawat yang ditunjuk mengukur beban kerja menggunakan formulir DL untuk mencatat setiap jenis kegiatan dengan rentang waktu 15 menit. Pencatatan kegiatan perawatan dilakukan selama hari kerja sebanyak 1 kali pada shift pagi, sore, dan malam untuk setiap ruangan. Perawat yang bersangkutan diharapkan mencatat semua aktifitasnya pada kolom yang tersedia pada format disesuaikan dengan waktu kegiatan dilakukan. Pengisian kegiatan terdiri dari kegiatan

perawatan langsung yang diklasifikasikan dalam empat kelompok berdasarkan tingkat ketergantungan pasien, yaitu: *self care, partial care, total care dan intensive care*. Menurut Minetti dan Hurchinson dalam Gillies (1994), kebutuhan keperawatan langsung setiap pasien adalah:

a. *Self care* dibutuhkan ½ x 4 jam : 2 jam
b. *Partial care* dibutuhkan ¾ x 4 jam : 3 jam
c. *Total care* dibutuhkan 1- 1½ x 4 jam : 4-6 jam
d. *Intensive care* dibutuhkan 2 x 4 jam : 8 jam

Perawatan tidak langsung meliputi kegiatan-kegiatan membuat rencana perawatan, memasang/menyiapkan alat, konsultasi dengan anggota tim, menulis dan membaca catatan kesehatan, serta melaporkan kondisi pasien. Dari hasil penelitian RS Graha Detroit (Gillies, 1989) = 38 menit/klien/hari, sedangkan menurut Wolfe & Young (Gillies, 1989) = 60 menit/klien/hari dan dari penelitian di Rumah Sakit John Hopkins dibutuhkan 60 menit/pasien (Gillies,1994) kegiatan non keperawatan Seperti: membuat perincian pasien pulang, kebersihan ruangan, kebersihan alat-alat makan pasien, dll. Diperkirakan 25% dari jam pelayanan keperawatan dan waktu penyuluhan kesehatan adalah 15 menit/klien/hari (Gillies,1989) serta kegiatan non produktif yaitu kegiatan selain keperawatan dan non keperawatan. Untuk masing-masing kriteria kegiatan dijelaskan beserta contoh. Sosialisasi dilakukan pada setiap kepala ruangan

untuk diteruskan kepada perawat yang akan ditentukan oleh kepala ruangan.

Melalui kepala ruangan diharapkan perawat yang melakukan DL diberi pengarahan dan penjelasan mengenai tujuan kegiatan, meliputi:

1) Melakukan observer dengan jujur dan benar
2) Melakukan observasi sesuai jadwal
3) Datang tepat waktu/ sebelum operan dinas.

C. Tinjauan tentang Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen keperawatan merupakan proses menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf perawat di bawah tanggung jawabnya sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan profesional kepada pasien dan keluarganya (Sitorus, 2011). Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan proses keperawatan (Depkes, 2002). Manajemen pada proses keperawatan mencakup manajemen pada berbagai tahap dalam keperawatan:

1. Pengkajian

   Merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang mengharuskan perawat setepat mungkin mendata pengalaman masa lalu pasien, pengetahuan yang dimiliki, perasaan, dan harapan kesehatan di masa datang. Pengkajian ini meliputi proses

pengumpulan data, memvalidasi, mengiterprestasikan informasi tentang pasien sebagai individu yang unik.

2. Diagnosis

Merupakan tahap pengambilan keputusan professional dengan menganalisis data yang telah dikumpulkan. Keputusan yang diambil dapat berupa rumusan diagnosis keperawatan yaitu respon biopsikososio spiritual terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial.

3. Perencanaan

Keperawatan dibuat setelah perawat mampu memformulasikan diagnosis keperawatan. Perawat memilih metode khusus dan memilih sekumpulan tindakan alternative untuk menolong pasien mempertahankan kesejahteraan yang optimal. Semua kegiatan keperawatan harus menggunakan sumber-sumber yang tersedia melalui penetapan tujuan jangka panjang dan jangka pendek.

4. Implementasi

Keperawatan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Semua kegiatan yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien harus direncanakan untuk menunjang tujuan pengobatan medis, dan memenuhi tujuan rencana keperawatan. Implementasi rencana asuhan keperawatan berarti perawat mengarahkan, menolong, mengobservasi, dan mendidik

semua personil keperawataan yang terlibat dalam asuhan pasien tersebut.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan pertimbangan sistematis dan standar dari tujuan yang dipilih sebelumnya, dibandingkan dengan penerapan praktik yang actual dan tingkat asuhan yang diberikan. Evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan hanya dapat dibuat jika tujuan yang diidentifikasikan sebelumnya cukup realitas dan dapat dicapai oleh perawat, pasien, dan keluarga.

Terdapat beberapa metode pemberian asuhan keperawatan, antara lain :

1. Metode Kasus

   Metode kasus merupakan metode pemberian asuhan, dimana satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang pasien secara total dalam satu periode dines. Jumlah pasien yang dirawat oleh satu perawat bergantung pada kemampuan perawat itu dan kompleksnya kebutuhan pasien.

2. Metode Fungsional

   Pada metode fungsional, setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada semua pasien di suatu ruangan. Prioritas utama yang dikerjakan adalah kebutuhan fisik dan kurang menekankan pada pemenuhan kebutuhan secara holistik. Mutu asuhan sering terabaikan karena pemberian asuhan

terfragmentasi. Komunikasi antar perawat sangat terbatas sehingga tidak ada satu perawat yang mengetahui tentang satu pasien secara komprehensif, kecuali mungkin kepala ruangan.

3. Metode Tim

Metode tim merupakan metode pemberian asuhan keperawatan dimana seorang perawat professional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok pasien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif (Douglas, 1992). Metode tim didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai konstribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga pada perawat timbul motivasi dan rasa tanggung jawab yang tinggi. Dengan demikian, diharapkan mutu asuhan keperawatan meningkat. Pelaksanaan metode tim harus berlandaskan konsep berikut:

a. Ketua tim, sebagai perawat professional, harus mampu menggunakan berbagai tehnik kepemimpinan. Ketua tim harus dapat membuat keputusan tentang prioritas perencanaan, supervisi, dan evaluasi keperawatan. Tanggung jawab ketua tim adalah :
    1) Mengkaji setiap pasien dan menetapkan rencana asuhan keperawatan.
    2) Mengkordinasikan renpra dengan tindakan medis.

3) Membagi tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap anggota kelompok dan memberikan bimbingan melalui konferensi.
4) Mengevaluasi asuhan keperawatan yaitu proses dan hasil asuhan keperawatan yang diharapkan serta mendokumentasikannya.

b. Komunikasi yang efektif penting agar kontinuitas renpra terjamin.
c. Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim. Ketua tim membantu anggotanya untuk memahami dan melaksanakan tugas sesuai dengan kemampuan mereka.
d. Peran kepala ruangan penting dalam metode tim. Metode tim akan berhasil baik apabila didukung oleh kepala ruangan. Untuk itu, kepala ruangan diharapkan telah :
   1) Menetapkan standar kinerja yang diharapkan dari staf.
   2) Membantu staf menetapkan sasaran dari unit/ruangan.
   3) Memberi kesempatan kepada ketua tim untuk pengembangan kepemimpinan.
   4) Mengorientasikan tenaga yang baru tentang fungsi metode tim keperawatan.
   5) Menjadi narasumber bagi ketua tim.
   6) Mendorong staf untuk meningkatkan kemampuan melalui riset keperawatan.

7) Menciptakan iklim komunikasi yang terbuka.

4. Metode Keperawatan Primer

Pada metode ini perawat yang bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer. Pada metode keperawatan primer terdapat kontinuitas keperawatan sehingga bersifat komprehensif serta dapat di pertanggungjawabkan. Setiap perawat primer biasanya merawat 4-6 pasien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama pasien itu di rawat di rumah sakit atau di suatu ruangan. Perawat akan melakukan wawancara, mengkaji secara komprehensif, dan merencanakan asuhan keperawatan. Dialah perawat yang paling mengetahui keadaan pasien dengan sebaik-baiknya.

5. Differentiated Practice

National League for Nursing (NLN) dalam Kozier et al (2004), menjelaskan bahwa *Differentiated Practice* merupakan suatu pendekatan yang bertujuan menjamin mutu asuhan melalui pemanfaatan sumber-sumber keperawatan yang tepat. Terdapat dua model yaitu model kompetensi (*Competency Model*) dan model pendidikan (*Education Model*). Pada model kompetensi, perawat terdaftar (*registered nurse*) diberi tugas berdasarkan tanggung jawab dan struktur peran yang sesuai dengan kemampuannya. Pada model pendidikan penetapan tugas

keperawatan didasarkan pada tingkat pendidikan perawat, yaitu BSn, diploma atau LPN (*Lisecent Practical Nurse*).

6. Manajemen Kasus

Manajemen kasus merupakan sIstem pemberian asuhan kesehatan secara multi disiplin yang bertujuan meningkatkan pemanfaatan fungsi berbagai anggota tim kesehatan dan sumber-sumber yang ada sehingga dapat dicapai hasil akhir asuhan kesehatan yang optimal. Manajemen kasus meliputi elemen utama yaitu (1) Pendekatan berfokus pada pasien, (2) Koordinasi asuhan dan layanan antar institusi, (3) Berorientasi pada hasil, (4) Efisiensi sumber, dan (5) Kolaborasi.

Pada manajemen kasus, rencana asuhan kesehatan terdapat pada *critical pathway*, yakni rencana tertulis yang mengidentifikasi insiden utama, kritis, dan dapat di prediksi yang harus dilakukan pada pasien dalam upaya mencapai hasil yang ditetapkan berdasarkan lama waktu tertentu untuk di rawat di rumah sakit. *Critical pathways* atau *clinical pathways* merupakan suatu metode pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi efektivitas pembiayaan asuhan pasien. Critical pathways memberikan standarisasi asuhan medik untuk diagnosis medik tertentu. Pada *critical pathways* di tentukan lama hari rawat. Apabila lama hari rawat yang ditetapkan tidak bias dipenuhi pasien, hal itu dianggap sebagai suatu variasi yang memerlukan

analisis (*variance analysis*) sehingga dapat di pertimbangkan tindakan selanjutnya (Sitorus, 2011).

D. Tinjauan tentang Jumlah Tenaga

Pada pelayanan keperawatan professional, jumlah tenaga yang diperlukan tergantung pada jumlah klien dan derajat ketergantungan klien (Douglas, 1984).

Menurut Loveridge dan Cummings (1996), klasifikasi derajat ketergantungan pasien dibagi menjadi 3 (tiga) kategori, yaitu:

1. Perawatan minimal: memerlukan waktu 1-2 jam/24 jam
2. Perawatan intermediet: memerlukan waktu 3-4 jam/24 jam
3. Perawatan maksimal/total: memerlukan waktu 5-6 jam/24 jam.

Berdasarkan klasifikasi tersebut jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan pagi, sore, dan malam adalah:

Tabel 2.1 Jumlah Tenaga Keperawatan Pada Suatu Ruangan

Jumlah Klien	Klasifikasi Klien								
	Minimal			Parsial/IIntermadiet			Total		
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
1	0,17	0,14	0,10	0,27	0,15	0,07	0,36	0,30	0,20
2	0,34	0,28	0,20	0,54	0,30	0,14	0,72	0,60	0,40
3	0,51	0,42	0,30	0,81	0,45	0,21	1,08	0,90	0,60
Dst									

Contoh :

Suatu ruang rawat dengan 22 klien (3 klien dengan perawatan minimal, 14 klien dengan perawatan parsial, dan 5 klien dengan perawatan total). Jumlah perawat yang dibutuhkan untuk jaga pagi adalah:

3 x 0,17 = 0,51
14 x 0,27 = 3,78
5 x 0,36 = 1,80
Jumlah 6,09 ⟶ 6 orang

Cara lain untuk menentukan jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan dijelaskan oleh Loveridge dan Cummings (1996) didasarkan pada tingkat keseriusan kondisi klien yang dirawat di rumah sakit, yaitu dengan sistem klasifikasi klien atau sistem akuitas. Terdapat dua jenis sistem akuitas yaitu evaluasi *prototype* dan evaluasi faktor. Kedua sistem evaluasi ini dikembangkan dari indikator kritis yang merupakan tugas spesifik yang dibutuhkan klien pada suatu unit. Pada evaluasi *prototype*, klien dikelompokkan ke dalam kelas. Terdapat empat kelas yang ditetapkan berdasarkan indikator kritis. Setiap kelas memerlukan waktu pemberian asuhan keperawatan yang berbeda (Sitorus, 2006).

Kelas I	2 jam/24 jam
Kelas II	3 jam/24 jam
Kelas III	4,5 jam/24 jam
Kelas IV	6 jam/24 jam

Apabila dalam suatu ruangan terdapat 3 klien kelas II, 14 klien kelas III, daan 3 klien kelas IV, jumlah jam yang dibutuhkan adalah (3 jam x 3 klien) + (4,5 jam x 14 klien) + (6 jam x 3 klien) = 90 jam. Karena terdapat tiga kali pergantian jaga, 35% waktu untuk pagi, 35% untuk sore, dan 30% untuk malam, sehingga:

$$\text{Pagi/sore} = \frac{90 \text{ jam} \times 35\%}{8 \text{ jam}}$$

$$= 3{,}94 \text{ atau } 4 \text{ orang}$$

$$\text{Malam} = \frac{90 \text{ jam} \times 30\%}{8 \text{ jam}}$$

$$= 3{,}37 \text{ atau } 3 \text{ orang}$$

E. Tinjauan tentang Tingkat Ketergantungan

Klasifikasi pasien menurut Douglas.

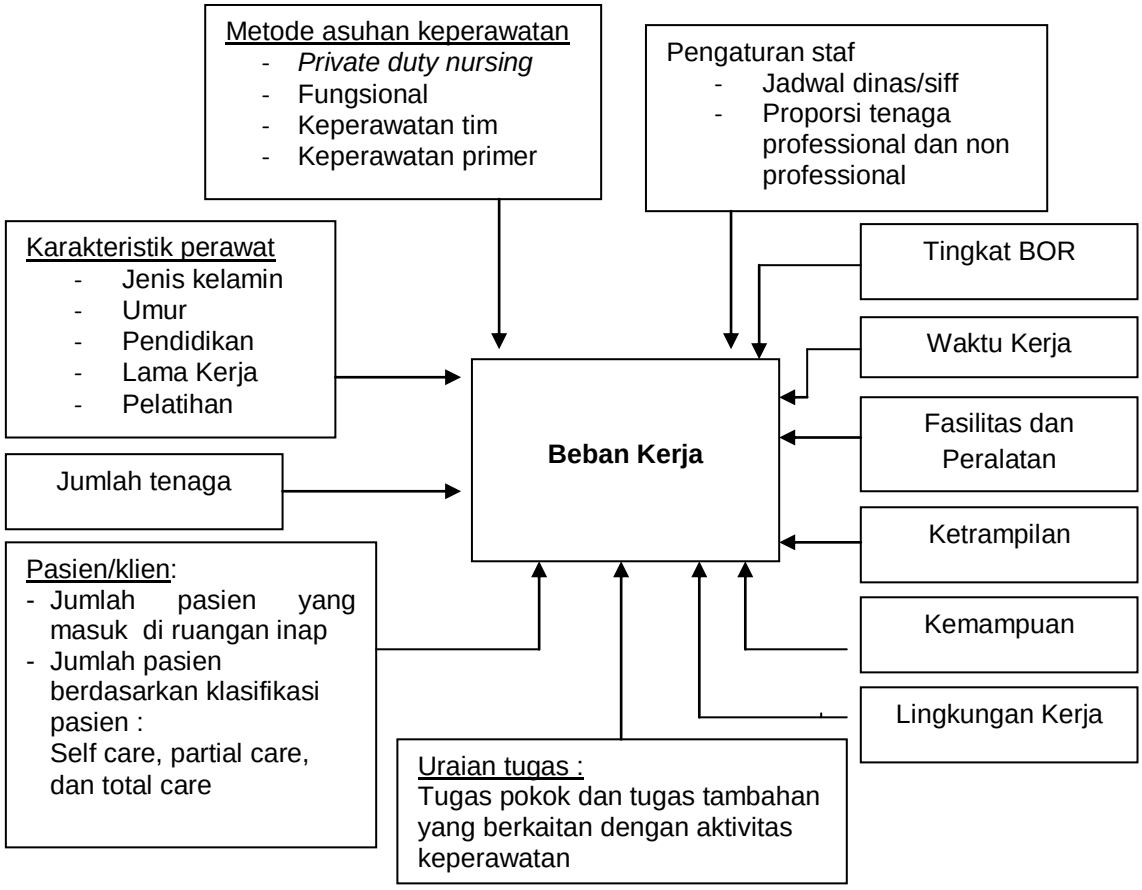
1. Kategori I : Perawatan Minimal/*Self Care*, 1 - 2 Jam/hari.
   a. Kebersihan diri, mandi, dan ganti pakaian dilakukan sendiri.
   b. Makan dan minum dilakukan sendiri.
   c. Ambulasi dilakukan sendiri dengan pengawasan.
   d. Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap pergantian shift.
   e. Pengobatan minimal, status psikologis stabil.
   f. Perawatan luka sederhana.
2. Kategori II : Perawatan Parsial/*Intermediate Care*, 3-4 Jam/hari.
   a. Kebersihan diri dan makan minum dibantu.
   b. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam.
   c. Ambulasi dibantu .
   d. Pengobatan dengan injeksi.
   e. Foley catheter, intake output dicatat.
   f. Klien terpasang infus, persiapan pengobatan yang memerlukan prosedur misalnya pleura fungsi.

3. Kategori III: Perawatan Total/*Total Care* (*Intensive Care*), 5-6 Jam/hari.
   a. Semua kebutuhan klien dibantu.
   b. Pergantian posisi dan observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam.
   c. Makan minum melalui NGT, terapi intravena.
   d. Pemakaian suction.
   e. Gelisah/disorientasi.
   f. Perawatan luka kompleks.

Douglas (1984) dalam Swansburg (1999) menetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi klien, dimana masing-masing kategori mempunyai nilai standar per shiftnya.

Untuk menggunakan metode ini maka langkah yang harus dilakukan manajer keperawatan adalah: menghitung jumlah klien selama minimal 22 hari di ruang rawat tersebut, yang dicatat adalah jumlah klien dan klasifikasi klien berdasarkan tingkat ketergantungan (minimal, parsial, total).

F. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

G. Penelitian Terkait

Tabel 2.2. Penelitian terkait analisis beban kerja perawat di ruang rawat inap rumah sakit.

Nama	Judul Penelitian	Subyek Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Dewi Basmala Gatot(2005)	Hubungan karakteristik perawat, isi pekerjaan dan lingkungan pekerjaan terhadap kepuasan kerja perawat di instalasi rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon.	Total besar populasi sebanyak 216 orang.	Penelitian ini kuantitatif dengan desain *cross sectional* (potong lintang)	Hasil uji tekknik analisa regresi logistik sederhana menunjukkan bahwa beban kerja beban perawat adalah berat, yaitu 4,6 jam dengan tingkat kepuasan kerja puas terhadap pekerjaanya. Beban kerja dan karakteristik individu tidak mempunyai pengaruh terhadap kepuasan kerja yaitu beban kerja (p=0,858), umur (p=0,492), jenis kelamin (p=0,559), masa kerja (p=0,370), dan status perkawinan (p=0,638). Kepuasan kerja tidak di pengaruhi oleh beban kerja.
Heri Sukardi (2005)	Analisis kebutuhan tenaga perawat berdasarkan kategori pasien di Irna penyakit dalam RSU Tugurejo Semarang.	Seluruh perawat (117 orang) dan pasien (1720 orang)	*Deskriptif analitik* yang dilakukan secara belah melintang *(cross sectional)*	Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pada saat ini terdapat selisih cukup banyak antara jumlah perawat yang ada yaitu 16 orang perawat dibandingkan dengan hasil perhitungan ketiga formula diatas.
Suwarly Mobiliu (2005)	Hubungan Beban Kerja Perawat di setiap shift dan tingkat pendidikan perawat dengan kualitas dokumentasi keperawatan di Irina D dan Irina G RSU Prof.Dr.H.Aloe Saboe Gorontalo	Sampel penelitian yaitu 21 orang perawat pelaksana	Penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan *Cross Sectional*	Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan signifikan antara beban kerja pada waktu jaga pagi (p=0,001), begitupula beban kerja tidak langsung mempunyai hubungan yag signifikan dengan kualitas dokumentasi keperawatan (p=0,000) sedangkan beban kerja dengan kualitas dokumentasi keperawatan pada waktu jaga sore dan malam tidak ada hubungan (p=0,344 dan 0,125). Untuk tingkat pendidikan dengan menggunakan uji T didapatkan hubungan yang

				signifikan antara tingkat pendidikan dengan kualitas dokumentasi keperawatan baik jaga pagi, sore atau malam.
Supratman & Yuli Wulan Utami (2006)	Pendokumentasian Asuhan Keperawatan ditinjau dari Beban Kerja Perawat	Populasi adalah perawat pelaksana sebanyak 182 orang dan besar sampel sebanyak 32 orang dengan *consecutive*.	Penelitian menggunakan *cross sectional* . Pengukuran beban kerja total dengan teknik *semi-structure interview*.	Beban kerja perawat yang berat masih dijalani sebagian besar perawat di RSDM Surakarta. Beban kerja perawat menjadi factor risiko rendahnya pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSDM. Bahkan dengan beban kerja yang lebih berat maka pelaksanaan pendokumentasian 10,7 kali lebih mungkin (OR=10,7)
Dian Kurniawati (2007)	Hubungan Kelelahan Kerja dengan Kinerja Perawat di Bangsal Rawat Inap Rumah Sakit Islam Fatimah Kabupaten Cilacap	Subyek penelitian terdiri dari 80 orang menggunakan *totality sampling*	Penelitian menggunakan metode *cross sectional*	Hasil analisis didapatkan ada hubungan antara kelelahan kerja dengan kinerja perawat di bangsal rawat inap Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap
Irwandy (2007)	Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Beban Kerja Perawat di Ruang Unit Rawat Inap RSJ Dadi Makassar	Populasi adalah semua perawat pelaksana di unit Rawat inap sebanyak 83 perawat	Desain penelitian kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional*	Ada hubungan antara waktu kerja perawat , kelengkapan fasilitas, dan adanya tugas tambahan dengan beban kerja di unit rawat inap Rumah Sakit Jiwa DADI Makassar.
Martini (2007)	Hubungan Karakteristik Perawat, Sikap, Beban Kerja, Ketersediaan Fasilitas dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rawat Inap BPRSUD Kota Salatiga.	Subyek penelitian terdiri dari 8 Kepala bangsal dan 56 orang perawat pelaksana	Penelitian ini merupakan *eksplanatory survey* dengan menggunakan dua pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Pengolaha	Hasil analisis statistik untuk variable pengetahuan, sikap, beban kerja serta fasilitas ada hubungannya dengan pendokumentasian asuhan keperawatan, sedangkan untuk variable umur, masa kerja, dan pendidikan tidak ada hubungan.

			n data dengan teknik deskriptif dan analitik dengan uji korelasi Rank Sperman	
Supardi (2007)	Analisa stres kerja pada kondisi dan beban kerja Perawat dalam klasifikasi pasien di ruang rawat inap Rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan.	Populasi dalam penelitian ini sebanyak 83 orang dan sampel adalah jumlah keseluruhan populasi	Rancangan penelitian ini bersifat *Survei Analitik*	Hasil uji Regresi pada taraf keyakinan *α=0,05* menunjukkan: terdapat hubungan yang bermakna tipe kepribadian terhadap stres kerja dengan koefisien regresi sebesar *0,106*, terdapat hubungan yang bermakna beban kerja terhadap stres kerja dengan koefisien regresi *0,041,* terdapat hubungan yang bermakna kondisi kerja terhadap stress kerja dengan koefisien regresi *0,114*
Lilis Dian Prihartini (2008)	Analisis hubungan beban kerja dengan stress kerja perawat di tiap ruang rawat inap RSUD Sidikalang.	Populasi 30 orang perawat dan sampel 6 orang di ruangan bedah, 9 orang di ruangan anak, 7 orang di ruangan kebidanan dan 8 orang di ruang penyakit dalam.	Rancangan *Cross sectional*	Hasil uji *one way Anova* menunjukkan tidak terdapat perbedaan signifikan beban kerja dan stress kerja perawat di seluruh ruang perawatan.
Samsualam, Indar, Muh.Syafar (2008)	Analisis Hubungan Karakteristik Individu dan Motivasi dengan Kinerja Asuhan Perawatan di BP. Rumah Sakit Umum Labuang	Sampel penelitian sebanyak 34 perawat	Rancangan penelitian *Cross Sectional* dengan uji analisis *Chi Square*	Hasil uji statistik diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan karakteristik umur dengan kinerja, tidak ada hubungan yang signifikan karakteristik masa kerja, pendidikan, dan jenis kelamin dengan kinerja, serta tidak ada hubungan yang signifikan

	Baji Makassar		dengan alternative *Fisher, Z Exact test*	motivasi dengan kinerja
Azizah Indriyani (2009)	Pengaruh Konflik Peran Ganda dan Stress Kerja terhadap Kinerja Perawat Wanita Rumah Sakit (Studi pada Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang)	Teknik pengambilan sampel dengan metode sensus yaitu pada tenaga paramedis perawat yang sudah berkeluarga dan mempunyai anak sebanyak 115 responden	Penelitian mengguna kan teknik *Structural Equation Model (SEM)* dari *Software* AMOS 16	Hasil pengujian melalui alat analisis SEM diketahui konflik pekerjaan-keluarga berpengaruh positif terhadap stress kerja perawat di rumah sakit, konflik keluarga-pekerjaan berpengaruh positif terhadap terjadinya stress kerja perawat wanita di rumah sakit, stress kerja berpengaruh positif terhadap kinerja perawat rumah sakit, konflik pekerjaan-keluarga berpengaruh negatif terhadap kinerja perawat wanita rumah sakit, dan konflik keluarga-pekerjaan berpengaruh negatif terhadap kinerja wanita rumah sakit.
Irma Awalia (2009)	Analisis beban kerja tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSIA ST. Fatimah Makassar	Total sampel dengan besar populasi sebanyak 24 orang.	Observasional dengan rancangan *cross sectional*	Terdapat pengaruh positif dan signifikan terhadap beban kerja melalui variabel jumlah pasien dan tingkat ketergantungan pasien, terdapat pengaruh negative dan signifikan terhadap beban kerja melaui variable jumlah tenaga, pengaturan staf dan uraian tugas dan beban kerja objektif tenaga keperawatan di ruang rawat inap RSIA St. Fatimah dikategorikan rendah sedangkan beban kerja subjektif sebagian besar berada kategori sesuai. Hasil korelasi antara beban kerja objektif dan subjektif menunjukkan ada hubungan yang tidak signifikan.
Widodo Haryono (2009)	Hubungan antara Beban Kerja, Stres Kerja, dan Tingkat Konflik dengan Kelelahan Kerja Perawat di Rumah Sakit Islam Yogyakarta PDHI Kota	Seluruh perawat instalasi rawat inap Rumah Sakit PDHI sebanyak 52	Penelitian kuantitatif dengan metode survey (*survey research method)* yang bersifat	Ada hubungan yang signifikan antara beban kerja dengan kelelahan kerja (p=0,000), ada hubungan antara stress kerja dengan kelelahan kerja (p=0,026), dan ada hubungan yang signifikan antara konflik dengan kelelahan kerja (p= 0,000) perawat di Rumah

	Yogyakarta	perawat	analitik (*explanatory study*) dengan rancangan *Cross-sectional.*	Sakit Islam Yogyakarta PDHI
Djohar Nus-wantoro (2011)	Hubungan beban kerja perawat dengan mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap interna BLUD RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang	22 orang perawat dan 14 orang pasien	*Analitik* observasional yang dikerjakan secara *cross sectional*	Menunjukkan bahwa ada hubungan antara beban kerja perawat dengan mutu pelayanan keperawatan dan hubungan itu bersifat substansial.